

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1932-1933 N° 158

Sur Quelques Observations
d'Embryotomies Céphaliques
chez des Femmes
présentant un Rétrécissement Pelvien
(Comparaison entre deux Statistiques recueillies
à Vingt ans d'intervalle)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 30 Mars 1933

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Honoré OUILLON

Né le 22 Juin 1907, à St-ÉTIENNE (Loire)



LYON

BOSC Frères, M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1933

**SUR QUELQUES OBSERVATIONS
D'EMBRYOTOMIES CÉPHALIQUES
CHEZ DES FEMMES
PRÉSENTANT UN RÉTRÉCISSEMENT PELVIEN**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554202_0076

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1932-1933 N° 158

Sur Quelques Observations
d'Embryotomies Céphaliques
chez des Femmes
présentant un Rétrécissement Pelvien
(Comparaison entre deux Statistiques recueillies
à Vingt ans d'intervalle)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 30 Mars 1933

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Honoré OUIILLON

Né le 22 Juin 1907, à St-ÉTIENNE (Loire)



LYON

BOSC Frères, M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

1933

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. A. MOREL

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL, ROLLET.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	X. (BONNET, agrégé.
Clinique des maladies des enfants	chargé de cours
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires	MOURICQUANT
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	VILLARD
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	GAYET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERA...
Chimie organique et Toxicologie	COURMONT
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	FLORENCE
Anatomie	MOREL
Histologie	MANCEAU
Physiologie	GUIART
Pathologie externe	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutique générales	DOYON
Anatomie pathologique	LERICHE
Chirurgie opératoire	FROMENT
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	CADE
Médecine légale	FAVRE
Hygiène	PATEL
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacie et Pharmacologie	Etienne MARTIN
Hydrologie thérapeutique et climatologie	ROCHAIX
	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie	MM. CONDAMIN
Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chirurgie expérimentale	MM. TAVERNIER
Stomatologie	PONT

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MES.
NOGIER	DUFOURT	DECHAUME	MORENAS
RHENTER	DEVIC	BERNHEIM	REBATTU Ch.
MAZEL	GABRIELLE	POLLOSSON	REVOL Ch.
SANTY	MARTIN (Joseph)	CHAMBON	ENSELME Ch.
CHAILIER (André)	ROCHET (Ph.)	CIBERT	SEDALLIAN Ch.
CHAILIER (Joseph)	WERTHEIMER	EPARVIER	
DUMAS	GATE	GUILLEMINET	

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. VORON, président; TRILLAT, assesseur,
RHENTER et ÉPARVIER



La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON

Qui nous a fait le grand honneur de présider notre Jury de thèse. Il nous a toujours accueilli dans son service avec une grande amabilité, et il a bien voulu accepter de nous guider de ses conseils. Qu'il trouve ici le gage de notre profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR RHENTER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR EPARVIER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TRILLAT

Qui ont bien voulu accepter de faire
partie de notre Jury.

A MONSIEUR LE DOCTEUR H. PIGEAUD

Chef de Clinique

Qui nous a inspiré cette thèse et qui
nous a toujours si aimablement aidé
au cours de son élaboration.

A NOS MAÎTRES
DES HÔPITAUX ET DE LA FACULTÉ DE LYON
ET DES HÔPITAUX DE SAINT-ETIENNE

A NOS JUGES

MEIS ET AMICIS

I

Propos liminaires

Au cours de notre stage à la Clinique obstétricale nous avons eu l'occasion de voir pratiquer une craniotomie, l'enfant étant mort avant tout début de travail et la malade présentant un certain degré de surmenage obstétrical.

Nous avons demandé quel était actuellement la fréquence de cette intervention et, contrairement à ce que nous aurions pu penser à priori à la suite de la lecture des traités classiques d'obstétrique, il nous a été répondu que cette intervention était devenue véritablement exceptionnelle et était pratiquée une ou deux fois par an à la clinique.

Ce fait nous ayant intéressé, l'idée nous est venue de voir dans quelle proportion les modifications apportées au cours de ces dernières années à la pratique générale des accouchements avaient influé sur la fréquence de pareilles interventions, et ceci en envisageant uniquement bien entendu les embryotomies nécessitées par une dystocie relevant d'un rétrécissement du bassin.

Il est bien évident, en effet, que le nombre des embryotomies justifiées par un excès de volume généralisé ou localisé du fœtus ne peut guère être influencé par une modification quelconque de la thérapeutique, et que ces interventions pratiquées par exemple pour une hydrocéphalie fœtale resteront toujours ce qu'elles sont et ce qu'elles ont été depuis de nombreuses années.

Notre Maître, Monsieur le Professeur Voron, a bien voulu nous encourager dans nos recherches et nous conseiller d'entreprendre ce travail à l'occasion de notre thèse inaugurale. Qu'il nous permette de le remercier ici de sa haute bienveillance comme de son amabilité. Nous remercions aussi Monsieur le Docteur Pigeaud, chef de Clinique, qui nous a si généreusement éclairé et guidé.

Donc nous avons effectué ce travail de la façon suivante : Nous avons relevé dans les archives de la clinique obstétricale de Monsieur le Professeur Voron toutes les observations d'embryotomies pratiquées d'une part au cours des trois dernières années (du 1^{er} janvier 1930 au 31 décembre 1932) et d'autre part toutes les observations d'embryotomies pratiquées au cours de trois autres années choisies arbitrairement avant la guerre (du 1^{er} janvier 1910 au 31 décembre 1912).

Nous avons pu ainsi recueillir un pourcentage d'observations comparables, avec cependant ce fait: savoir qu'il y a au total un peu plus d'accouchements au cours des trois dernières années que pendant celles qui ont précédé la guerre. En effet, 3.620 accouchements ont eu lieu à la clinique obstétricale pendant les années 1910, 11 et 12, contre 4.001 accouchements pendant les trois dernières années, ce qui fait environ une centaine d'accouchements de plus par année.

Nos observations proviennent donc toutes de la clinique obstétricale et, nous le répétons une fois de plus, nous avons éliminé tous les cas d'embryotomie

pratiquée pour une cause autre qu'un rétrécissement du bassin.

Pendant les trois dernières années (1930, 31 et 32), nous avons relevé quatre observations.

Pendant les trois années d'avant-guerre (1910, 11, 12), nous avons relevé huit observations.

Nous allons rapporter ces observations puis ensuite nous discuterons les faits observés, ce qui nous permettra de proposer nos conclusions.

II

Huit observations d'embryotomie

recueillies au cours des années :

1910 - 1911 - 1912

FÉVRIER 1910.

OBSERVATION N° 117.

La malade est une tertipare âgée de 34 ans. Elle n'a pas été surveillée à la clinique obstétricale.

Le premier accouchement s'est terminé spontanément par l'expulsion d'un enfant viable pesant 3.500 grammes à la naissance. Il est mort à trois mois de péritonite.

Le deuxième accouchement a donné un gros enfant mort pendant l'extraction pratiquée au forceps.

Examen du bassin. — Bassin généralement rétréci. L'arc antérieur est de courbure régulière mais de rayon très diminué. Le diamètre promonto-sous-pubien mesure 10 cm. 8. Le promontoire est assez élevé, le sacrum est de courbure suffisante. Le diamètre utile semble d'environ 9 cm.

Marche de l'accouchement. — Alors que la date probable de l'accouchement est le 5 février, la femme entre en plein travail le 7 février, à 11 heures a. m.

L'examen pratiqué à 11 h. 45 a. m. permet de reconnaître un seul fœtus en position transverse, la tête à gauche, les pieds à droite. La poche des eaux se rompt pendant le toucher, le col étant dilaté, on décide d'intervenir.

Intervention. — Anesthésie générale à l'éther. On pratique un toucher profond. Le doigt arrive dans le

creux de l'aisselle et reconnaît facilement le gril costal. On diagnostique une A. I. G. P. l'épaule étant engagée.

On décide de pratiquer une version par manœuvre interne, les conditions optimales semblant réunies pour cette intervention. En effet, elle réussit assez facilement. Elle est suivie immédiatement d'une grande extraction du siège qui semble se dérouler normalement. Mais lors de l'extraction de la tête dernière, la manœuvre de Mauriceau difficile ne réussit pas, malgré une flexion forcée de la tête. On a recours alors à une manœuvre de Champetier de Ribes qui échoue pareillement, malgré de vigoureuses tractions. La tête refuse de s'engager.

On se trouve donc contraint de pratiquer une craniotomie. Après avoir perforé la base de l'occipital et dilacéré la matière cérébrale, on extrait facilement la tête. L'enfant pèse 3.050 grammes sans compter la matière cérébrale.

Les suites sont simples pour la mère.

JUILLET 1910.

OBSERVATION N° 605.

Il s'agit d'une malade âgée de 38 ans, secondipare. Elle a eu son premier enfant quatorze ans auparavant. L'accouchement s'est terminé par un forceps. On ne connaît pas le poids de l'enfant à la naissance.

Examen du bassin. — Bassin généralement rétréci. L'arc antérieur est de courbure régulière mais de rayon

diminué. Le promontoire saillant en bec est très élevé. Le diamètre promonto-sous-pubien mesure environ 10 cm. 8, ce qui donne à peu près 9 cm, de diamètre utile.

Marche de l'accouchement. — Les premières douleurs surviennent le samedi 2 au soir, alors que la date de l'accouchement probable se trouve le 20 juillet. Un premier examen est pratiqué à domicile le dimanche 3, à 5 h. 30 p. m. par un médecin de la ville. La poche des eaux se rompt à 9 heures p. m le même jour. Le lundi 4, à 2 heures a. m. la dilatation est complète, mais la présentation reste élevée. A 5 heures a. m. on pratique un forceps à domicile. On fait successivement deux prises, l'une sans lacs, l'autre avec lacs; les deux tentatives restent sans résultat, et l'on envoie la malade à la clinique. Elle arrive ce lundi 4, à 9 h. 30 a. m. A l'examen on trouve une hauteur utérine de 37 cm. Le fœtus se présente par le sommet en O. I. G. A., mais il n'y a pas d'engagement et on note un œdème du col résultant sans doute des interventions et des touchers répétés. Les bruits du cœur fœtal sont positifs à 140-150. Devant ce fœtus compromis et l'état de la mère on décide d'attendre la suite de l'accouchement, mais à 10 heures a. m. la malade donnant des signes de surmenage on se résoud à pratiquer une craniotomie sur cet enfant vivant mais compromis.

Intervention. — Sous anesthésie générale à l'éther on perfore le pariétal gauche aux ciseaux de Blot. L'extraction au cranioclaste est achevée à 10 h. 30 a. m.

Le poids de l'enfant sans la matière cérébrale est de 2.700 grammes.

Les suites sont simples pour la mère.

JUILLET 1910.

OBSERVATION N° 621.

La malade de 23 ans est primipare. Sa taille mesure seulement 1 m. 40, elle a marché tard et l'on note une parenthèse fémorale.

Examen du bassin. — Le bassin est généralement rétréci. L'arc antérieur est de courbure à peu près régulière mais de rayon fortement diminué. Le promontoire est atteint très haut à bout de doigt, et le diamètre promonto-sous-pubien mesure 10 cm. environ, ce qui donne à peu près 8 cm. 5 de diamètre utile.

Marche de l'accouchement. — Les premières douleurs ont lieu le 6, à 5 heures p. m., la date de l'accouchement probable étant le 10 juillet. La malade entre à la clinique de 7, à 1 heure p. m., soit environ vingt heures après le début du travail. L'examen montre alors un col mou entr'ouvert, long, effacé. Le segment inférieur est très mal constitué, la poche des eaux n'est pas rompue. Malgré cela on décide d'attendre l'expulsion spontanée. A 4 heures p. m., le même jour, la poche des eaux se rompt. Le col a continué sa dilatation, la tête s'est fixée, l'utérus est tendu et sa hauteur est de 35 cm. Les bruits du cœur fœtal sont positifs.

Le 8 juillet, à 9 h. 40 a. m., les douleurs sont irrégulières, le col est dilaté et souple. La tête semble très ossifiée. A 4 h. 25 p. m., devant l'absence de progression, on décide d'appliquer le forceps sur une tête hyperfléchie en O. P.

On pratique neuf tractions s'échelonnant de 12 à 25 kilos, sans aucun succès. A 4 h. 48 p. m., la mère est épuisée et bien que les bruits du cœur fœtal soient encore positifs on se résoud à pratiquer une craniotomie.

Intervention. — Sous anesthésie générale à l'éther on perfore la voûte du crâne aux ciseaux de Blot en s'aidant du forceps laissé en place. L'extraction se fait facilement au cranioclaste. A 5 heures p. m., tout est terminé.

Le poids de l'enfant sans la matière cérébrale est de 2.880 grammes.

Les suites sont simples pour la mère.

JUILLET 1910.

OBSERVATION N° 679.

Il s'agit d'une femme de 33 ans qui est tertipare. Son premier accouchement spontané a donné un enfant de 2.000 grammes. Le deuxième accouchement a été de même spontané.

Examen du bassin. — Le bassin est aplati et généralement rétréci. L'arc antérieur est de courbure régulière et de rayon moyen. Le promontoire assez élevé

est atteint à 9 cm. 8 environ. On peut donc estimer le diamètre promonto-rétro-pubien à 8 cm. ou 8 cm. 5.

Marche de l'accouchement. — Les douleurs débutent le 22 juillet, à 10 heures a. m., alors que la date de l'accouchement probable est le 20 juillet. Un médecin appelé, tente ce jour-là à domicile un forceps qui reste sans résultat. Le 23 juillet, à 9 heures a. m., la malade entre à la clinique. L'examen pratiqué à ce moment-là montre des bruits du cœur négatifs, ainsi qu'un col dilaté à une paume de main. Le fœtus se présente par le sommet, en O. I. G. T., avec une tête hyperfléchie et non engagée. On note un chevauchement très marqué des sutures. En présence de cet enfant mort dans un tel bassin on décide de pratiquer immédiatement une craniotomie.

Intervention. — A 11 heures a. m., anesthésie générale à l'éther, craniotomie suivie de cranioclasie.

Le poids de l'enfant sans la matière cérébrale est de 3.000 grammes.

Les suites sont simples pour la mère.

DÉCEMBRE 1910.

OBSERVATION N° 1.214.

La malade secundipare est âgée de 33 ans. Son premier accouchement en 1907 a été normal. Son enfant, actuellement bien portant, pesait 2.000 grammes à la naissance.

Examen du bassin. — Le bassin est un peu généralement rétréci. L'arc antérieur de courbure régulière est de rayon un peu diminué. Il existe un bourrelet rétro-symphysaire assez peu marqué. Le promontoire moyennement élevé est atteint à 11 cm. environ, ce qui donne 9 cm. 50 de diamètre utile.

Marche de l'accouchement. — Le 28 décembre, à 5 heures p. m., la malade ressent les premières douleurs et perd les eaux. La date de l'accouchement probable était le 25 décembre. Cette femme, surveillée à la clinique obstétricale où l'on avait dépisté le rétrécissement de son bassin, est laissée au repos, et l'on décide d'attendre l'accouchement qui vraisemblablement sera spontané, en raison du faible rétrécissement, et des accouchements antérieurs. Le 29 décembre, à 3 heures a. m., on pratique un toucher auquel incitent des signes de souffrance de l'enfant. On vérifie la présentation du sommet qui est amorcée en O. I. G. A. Le col est dilaté à 3 cm. et très souple, mais on découvre une procidence du cordon et d'un pied. On refoule immédiatement le pied et l'on tente une reposition du cordon qui semble réussir. Mais à 10 heures a. m., soit sept heures après, l'utérus est rétracté, on ne constate aucune progression, le col est revenu sur lui-même et les bruits du cœur fœtal ne sont plus perçus. Devant l'agitation de la malade on donne deux grammes de chloral et l'on pratique une injection de 0,01 de morphine. Le 30 décembre, la malade est très abattue, le pouls est à 108, la température à 38°7, il n'y a toujours pas de progression. On décide alors de pratiquer une craniotomie sur enfant mort.

Intervention. — A 11 heures a. m., sous anesthésie générale à l'éther, le col est dilaté manuellement à la Bonnaire. La craniotomie aux ciseaux de Blot est suivie d'une basiotripsie. On extrait ainsi facilement la tête, mais une dystocie des épaules oblige à recourir au crochet de Braun. L'enfant pèse 3.110 grammes sans la matière cérébrale.

Suites simples pour la mère.

JUIN 1911.

OBSERVATION N° 524.

La malade tertipare est âgée de 33 ans. Son premier accouchement a nécessité un forceps difficile. L'enfant a vécu quatre ans. Le deuxième accouchement s'est terminé de même par un forceps difficile. L'enfant a succombé.

Examen du bassin. — Le bassin est aplati et généralement rétréci. L'arc antérieur est de courbure régulière mais son rayon est assez fortement augmenté. Il existe un bourrelet rétrosymphysaire assez marqué. Le promontoire moyennement élevé est atteint à 11 cm., ce qui donne un diamètre promonto-pubien minimum de 9 cm. 5 environ.

Marche de l'accouchement. — La malade entre à la clinique le 21 mai, envoyée pour albuminurie, alors que la date de l'accouchement probable est le 31 juin. L'examen pratiqué à cette époque permet de noter une présentation du sommet en O. I. G. P. La hauteur utérine est de 41 cm., l'utérus est souple. On ne sent

qu'un gros fœtus, on entend les bruits du cœur à un seul foyer maximum d'auscultation. Le col est complètement ramolli, le segment inférieur bien constitué.

En présence de ce bassin et de la notion des accouchements antérieurs, on décide devant ce gros fœtus de provoquer artificiellement l'accouchement.

On introduit donc à 9 h. 35 a. m., ce 21 mai, une bougie de Krause sans incident. A 10 h. 20 a. m., la malade ressent les premières douleurs qui continuent jusqu'à 5 h. 10 p. m. A ce moment-là elles deviennent intenses et se produisent toutes les cinq minutes. Les bruits du cœur sont positifs et le pouls de la mère est à 100. A 6 heures p. m., la malade se plaint de douleurs généralisées à l'abdomen, son pouls devient instable, voisin de 100. Le col non effacé reste à peine dilaté à un centimètre. L'auscultation du cœur fœtal devient négative. Le 22 mai, à 9 h. 10 a. m., les douleurs sont espacées, la dilatation est passée à 5 cm., mais il n'y a toujours pas d'engagement. Les membranes sont flasques. A midi, les douleurs reprennent, le pouls est à 120, les bruits du cœur fœtal sont toujours négatifs. A 6 heures p. m., les douleurs deviennent subitement très violentes, se reproduisant tous les deux tiers de minute. Il n'y a toujours pas d'engagement, les bruits du cœur ne sont toujours pas perçus, la poche des eaux est volumineuse et cylindrique. On retire alors la bougie. A 8 heures p. m., soit trente-six heures après l'introduction de la bougie, la dilatation est complète, la tête est mobile en transverse. A 9 heures p. m., on donne un gramme de chloral et l'on rompt la poche des eaux. A 10 h. 30 enfin, devant

la souffrance de plus en plus accentuée de la mère et devant l'absence manifeste de progression, on décide d'intervenir.

Intervention. — Sous anesthésie générale à l'éther on pratique une craniotomie sur enfant mort. Perforation du pariétal postérieur aux ciseaux de Blot. Il s'écoule pendant la dilacération 180 grammes de matière cérébrale. On retire la tête et devant une forte dystocie des épaules on utilise le crochet de Braun. L'enfant pèse 3.860 grammes, ce qui donne, avec les 180 grammes de matière cérébrale, un fœtus de 4.040 grammes.

Les suites sont simples pour la mère.

AOÛT 1911.

OBSERVATION N° 816.

Il s'agit d'une femme primipare de 32 ans : primipare âgée.

Examen du bassin. — Le bassin est un peu généralement rétréci. L'arc antérieur est de courbure régulière mais son rayon se trouve légèrement diminué. Le promontoire assez élevé est atteint à 11 cm. 5 à bout de doigt. Le diamètre utile peut donc être estimé à 10 cm. environ. Au cours de cet examen on note un manque de souplesse des parties molles.

Marche de l'accouchement. — Les premières douleurs surviennent le 24 août, à 8 heures du matin, alors que la date probable de l'accouchement était le

15 août. La malade surveillée à la clinique est laissée au repos car l'on décide d'attendre l'accouchement par les voies naturelles. L'examen permet de diagnostiquer une présentation du sommet avec tête en O. I. D. A., tout autorise à espérer un accouchement spontané. Cependant les douleurs sont d'emblée mauvaises: très irrégulières et très mal supportées. Le 25 août, à 5 h. 30 a. m., soit dix heures environ après le début du travail, on note un œdème vulvaire énorme, les bruits du cœur fœtal sont devenus très lents, le col est œdémateux, dur, dilaté à une petite paume de main. On décide malgré cela, devant la souffrance de la mère et de l'enfant, de pratiquer une application de forceps.

Intervention. — Sous anesthésie générale à l'éther et sur col non complètement dilaté on applique le forceps avec ses lacs. On exerce des tractions modérées pendant qu'on surveille la dilatation du col. Celle-ci ne progresse pas. Les bruits du cœur fœtal deviennent très rapides et au bout d'une heure de tractions infructueuses on décide de recourir à la craniotomie. On perfore le pariétal antérieur et la voûte aux ciseaux de Blot. L'extraction au cranioclaste est assez facile. L'enfant pèse 2.700 grammes sans la matière cérébrale.

Les suites sont simples pour la mère.

JUIN 1912.

OBSERVATION N° 546.

Il s'agit d'une femme quartipare âgée de 27 ans. Le premier accouchement s'est terminé par un forceps et a donné un enfant de 2.900 grammes, mort immé-

diatement après la naissance. Le deuxième accouchement, terminé de la même façon, a donné un enfant de 3.335 grammes, mort dans les mêmes conditions. Le troisième accouchement a donné un fœtus macéré de 900 grammes.

Examen du bassin. — Le bassin est asymétrique. La malade présente une scoliose lombaire à concavité droite. L'arc antérieur n'est pas de courbure régulière, on note une forte diminution du diamètre oblique gauche, et la radiographie métrique du bassin permet de constater un effacement marqué du sinus sacro-iliaque droit. Le promontoire peu élevé est facilement accessible à 11 cm. environ, ce qui donne un diamètre utile voisin de 9 cm. 5.

Marche de l'accouchement. — Les douleurs commencent le premier juin, à 5 heures p. m., alors que la date probable de l'accouchement est le 10 juin. La malade entre à la clinique le 1^{er} juin, à 9 h. 30 p. m., soit cinq heures environ après le début du travail. A ce moment les douleurs sont intenses, et l'examen permet de noter une présentation du siège avec une tête nettement sentie dans le fond utérin à droite. Le maximum d'auscultation des bruits du cœur fœtal est à l'ombilic. Le toucher montre une poche des eaux qui affleure à la vulve et contient les deux pieds du fœtus et le cordon procident. La dilatation du col est complète, et le siège est engagé.

Cette présentation du siège dans un bassin asymétrique n'est pas très favorable, cependant il semble sage d'attendre la suite de l'accouchement et de s'abstenir pour l'instant de toute intervention.

Une heure après l'examen, la poche des eaux se rompt. On tente immédiatement de réduire la procidence du cordon. Cette manœuvre échoue, les bruits du cœur foetal s'accélèrent, on décide alors de pratiquer la grande extraction du siège. On saisit sans difficulté les pieds qui sont à la vulve, mais au cours des tractions les bras se relèvent. On parvient difficilement à les abaisser. La main introduite pour le Mauriceau trouve une tête défléchie en O. I. D. P., c'est-à-dire suivant le petit diamètre oblique du bassin. Cette tête est violemment retenue au-dessus du détroit supérieur. On essaye d'orienter la tête suivant l'autre diamètre du bassin, mais tout effort de rotation reste vain, gêné par un promontoire trop antérieur. Devant l'état alarmant de la malade qui se plaint continuellement et dont le pouls est imperceptible et devant l'échec total de toutes les manœuvres laborieusement pratiquées, on se résoud à recourir à une craniotomie sur tête dernière.

Intervention. — Sous anesthésie générale discrète à l'éther, on perfore la base de l'occipital aux ciseaux de Blot. Une demi-heure après le début de l'intervention la tête est expulsée avec la délivrance. Le poids de l'enfant est de 3.600 grammes sans la matière cérébrale.

Après l'intervention, la malade est très choquée, le pouls est imperceptible, et un peu de sang noirâtre affleure à la vulve. A l'occasion de l'injection intra-utérine on diagnostique une rupture de l'utérus. La malade meurt pendant les préparatifs de la nouvelle intervention que l'on allait tenter.

III

Quatre observations d'embryotomie

recueillies au cours des années :

1930 - 1931 - 1932

FÉVRIER 1930.

OBSERVATION N° 124.

Cette femme, âgée de 26 ans, est une primipare suivie à la consultation de la clinique obstétricale.

Examen du bassin. — L'arc antérieur est de courbure régulière, mais de rayon un peu diminué. Le sacrum présente une courbure suffisante et le promontoire moyennement élevé et peu saillant est atteint à 10 cm. 5. Il s'agit donc d'un bassin aplati et généralement rétréci, annelé de 9 cm. environ de diamètre utile, bassin suffisant pour un enfant de poids moyen.

On décide cependant de provoquer l'accouchement un peu avant terme en raison du volume de l'enfant.

Le 27 janvier, à huit mois et demi de grossesse, la tête étant toujours mobile et le volume de l'enfant étant estimé à trois kilos, on introduit dans l'utérus une bougie de Krause. Le soir de l'intervention, la tête fœtale est trouvée dans une fosse iliaque. Le travail n'est pas commencé, on retire la bougie et on décide d'attendre.

Le 3 février, c'est-à-dire sept jours après la tentative de provocation du travail, le travail débute spontanément.

A 2 h. 30 p. m., la poche des eaux se rompt spontanément. L'examen pratiqué à ce moment montre que la tête est à nouveau dans une fosse iliaque. Au

toucher, on diagnostique une procidence du cordon. Peu après l'auscultation devient négative et l'on décide alors de terminer l'accouchement en pratiquant une version podalique par manœuvres internes, sur enfant mort.

Intervention. — Sous rachi-anesthésie, une dilatation manuelle très facile du col précède une version rendue difficile par un certain degré de rétraction utérine, imputable sans doute à la rachi-anesthésie. Les deux premiers temps de la version sont cependant effectués sans de trop grandes difficultés, mais l'extraction de la tête dernière nécessite une craniotomie.

L'enfant pèse 2.740 grammes sans compter la matière cérébrale.

Les suites sont simples pour la mère.

OCTOBRE 1930.

OBSERVATION N° 1.085.

Il s'agit d'une quartipare de 31 ans. Le premier accouchement s'est terminé par un forceps et a donné un enfant vivant. Le deuxième accouchement a donné un enfant mort au cours d'un travail pénible. Quant au troisième accouchement il a nécessité une craniotomie faite à domicile.

La malade a donc un enfant vivant, né par les voies naturelles, et qui pesait 3.100 grammes à la naissance.

Examen du bassin. — Arc antérieur de courbure régulière mais de rayon réduit. Le sacrum est de cour-

bure suffisante, le promontoire assez saillant mais bas, est atteint à 10 cm. On se trouve donc en présence d'un bassin aplati et généralement rétréci de 9 cm. environ de diamètre utile : bassin suffisant pour un enfant de 3.000 grammes.

On décide donc de surveiller la malade et de provoquer l'accouchement si le poids de l'enfant paraît atteindre ou dépasser 3 kilos.

Sur ce, huit jours avant le début du travail, la malade ne perçoit plus de mouvements actifs du fœtus, elle vient alors à la consultation et l'auscultation ne permet pas d'entendre les bruits du cœur. On fait donc le diagnostic d'enfant mort *in utero*.

Le 16 octobre, à 9 heures a. m., la malade entre dans le service et rapidement perd les eaux ; trois litres environ de liquide rosé.

A 10 heures a. m., la dilatation est complète, la tête est mobile, un bras est trouvé dans le vagin. On refoule immédiatement ce bras et la tête se plaque au détroit supérieur.

Deux heures après, malgré des contractions à peu près normales, la tête ne progresse pas. On décide d'intervenir, l'enfant étant mort, et de pratiquer une craniotomie.

Intervention. — On extrait facilement de la sorte un fœtus macéré qui pèse 2.730 grammes sans la matière cérébrale.

Les suites sont simples pour la mère qui présente probablement une spécificité et à laquelle on conseille le traitement.

DÉCEMBRE 1930.

OBSERVATION N° 1.358.

Il s'agit d'une primipare de 24 ans. La malade n'est jamais venue à la visite et devait en principe accoucher à domicile.

Examen du bassin. — Bassin aplati et généralement rétréci, annelé, de 9 cm. environ de diamètre utile. En effet l'arc antérieur, de courbure régulière, est de rayon nettement réduit. Le sacrum présente une forme sensiblement normale, mais le promontoire est atteint à 10 cm. 5 et se trouve assez haut et assez saillant.

Cet examen pelvien a été pratiqué après l'accouchement, avant la sortie de la malade du service.

Marche de l'accouchement. — Le travail débute le 26 décembre à 1 heure a. m. alors que la malade est à neuf mois $1/2$ de gestation. La poche des eaux se rompt à 3 h. a. m. Cette femme entre dans le service le 27 décembre à midi trente parce que malgré des douleurs régulières, la présentation ne progresse pas. A l'examen lors de l'entrée, on trouve une tête amorcée en O. I. G., un col dilaté à 5 cm. La température est à 38°. Les B. C. sont positifs.

Dès son arrivée dans le service les contractions cessent et la malade présente un certain degré d'inertie utérine.

On décide cependant, étant donné que le bassin paraît suffisant pour un enfant de poids moyen, d'attendre l'épreuve du travail.

Douze heures après son arrivée dans le service, et alors que les contractions sont restées irrégulières, l'enfant présentant des signes de souffrance, la malade a une température à 38°7.

La tête étant franchement amorcée et le col se trouvant dilaté à une grande paume de main, on décide de terminer l'accouchement par les voies naturelles.

Intervention. — Le 28 décembre, à 1 heure a. m., sous anesthésie générale, on complète la dilatation du col puis on applique le forceps avec ses lacs.

Contrairement à ce que l'on espérait, la tête ne progresse pas malgré des tractions vigoureuses. Après cette manœuvre l'auscultation devient négative, on décide alors de terminer par une craniotomie. On extrait facilement de la sorte un enfant pesant 2.770 grammes sans compter la matière cérébrale.

Les suites sont simples pour la mère.

OCTOBRE 1931.

OBSERVATION N° 993.

Il s'agit d'une primipare de 27 ans. La date de l'accouchement probable est le 24 septembre 1931.

Bassin. — Généralement rétréci de 9 cm. environ de diamètre utile. Le promontoire moyennement saillant et très élevé est atteint à 10 cm. 5. L'arc antérieur de courbure régulière est de rayon nettement diminué.

Marche de l'accouchement. — Début du travail à domicile le 10 octobre, à 3 heures p. m. La malade arrive dans le service le 12 octobre parce que le travail traîne. A l'examen, ce jour-là, on note une présentation du sommet avec tête mobile, élevée, débordante. Le toucher permet de dépister l'existence d'un bassin rétréci et montre que le col est dilaté à 5 cm. Les B. C. sont positifs. La malade n'a pas de température, les membranes sont intactes. Comme les contractions utérines sont très irrégulières et dans l'ensemble faibles, on décide de poursuivre l'épreuve du travail. Le 14 octobre, 48 heures après son arrivée et alors que jusque-là les douleurs, très irrégulières, n'avaient pas permis de conclure à une épreuve du travail négative, les contractions utérines deviennent plus régulières et plus fortes. A 8 h. 15 a. m., un examen ne permet plus d'entendre les B. C. alors que les membranes sont intactes. On rompt aussitôt les membranes, la dilatation étant à une petite paume de main. Une quantité très importante de liquide méconial s'écoule. Plusieurs examens répétés ne permettent toujours pas d'entendre les B. C., on conclut à la mort du fœtus *in utero*, avant la rupture des membranes. A 4 heures p. m., la tête demeurant haute et la malade présentant des signes de surmenage, on décide de terminer par une embryotomie.

Intervention. — A 5 h. 30 p. m., anesthésie générale à l'éther. On pratique une dilatation manuelle à

la Bonnaire. Une craniotomie facile au ciseau de Blot est suivie d'une basiotripsie. L'extraction est rendue assez difficile par l'atrésie marquée des parties molles. L'enfant pèse 3.300 grammes sans compter la matière cérébrale.

Suites simples pour la mère.

IV

Synthèse des observations

Nous avons recueilli, et nous venons de rapporter, douze observations d'embryotomie. Il s'agit d'embryotomies effectuées comme traitement d'une dystocie imputable à un rétrécissement du bassin. Nous avons délibérément éliminé toutes interventions justifiées par une malformation ou une anomalie de volume du fœtus ainsi que celles pratiquées sur un enfant mort au cours du traitement d'un placenta praevia.

Parmi ces douze observations, huit ont été recueillies au cours des années 1910, 11 et 12 ; les quatre dernières ont été recueillies au cours des années 1930, 31 et 32.

Nous avons donc, à vingt ans d'intervalle dans le même service de la clinique obstétricale et pendant une égale période de trois ans, trouvé un certain nombre d'embryotomies que nous allons maintenant confronter. Cependant nous noterons au préalable que tandis qu'au cours des trois années d'Avant-Guerre 3.620 accouchements ont été effectués à la clinique obstétricale, au cours de la deuxième période envisagée dans notre statistique ce même nombre est monté à 4001 accouchements, soit une augmentation de quatre-cents unités environ pour les trois ans.

Une première constatation s'impose donc de prime abord à savoir que le nombre des embryotomies imputables à des rétrécissements du bassin a diminué de plus de moitié en vingt ans.

Voyons donc maintenant si nous ne sommes pas fondé à tirer d'autres conclusions de l'analyse de nos observations.

Nous allons d'abord examiner le groupe de nos huit premières observations, observations recueillies pendant les années 1910, 11 et 12.

Les embryotomies ont été effectuées dans les circonstances suivantes :

Une fois : *l'enfant étant mort in utero* au cours du travail et son extraction s'annonçant comme devant être laborieuse à cause d'un rétrécissement du bassin. C'est l'observation n° 1214 de décembre 1910.

Une fois : *l'enfant étant mort au cours de l'accouchement* à la suite d'une mise en travail prématurée par bougie de Krause. C'est l'observation n° 524 de juin 1911.

Deux fois : *pour faciliter l'extraction de la tête dernière* dans une grande extraction du siège : une fois à la suite d'une version par manœuvres internes pour présentation de l'épaule dans l'observation n° 117 de février 1910, et une autre fois dans une présentation du siège complet dans l'observation n° 546 de juin 1912.

Quatre fois : *à la suite de l'échec d'une application de forceps avec lacs* l'enfant étant mort ou agonisant. Observations n° 605-621-679 de juillet 1910, et n° 816 d'Août 1911.

Donc, en résumé, nous constatons que quatre fois l'embryotomie a été pratiquée pour faciliter les manœuvres d'extraction l'enfant étant mort. C'est là une indication impérieuse qui actuellement encore demeure parfaitement justifiée et constitue l'opération de choix dans des cas semblables. Par contre, quatre fois il s'est agi d'une embryotomie véritable succédant à une application de forceps au détroit supérieur, la dite application ayant échoué du fait d'une disproportion manifestement trop grande entre la tête fœtale et le bassin.

Si nous envisageons maintenant les observations de notre second groupe (recueilli pendant les années 1930, 31 et 32) elles peuvent être réparties de la manière suivante. L'embryotomie a été pratiquée:

Une fois : *l'enfant étant mort in utero* huit jours avant le début du travail et son extraction s'avérant difficile du fait d'un rétrécissement du bassin. Observation n° 1085, octobre 1930.

Une fois : *l'enfant étant mort au cours du travail* (présentation de l'épaule et procidence du cordon), on pratique une version sur enfant mort suivie d'une grande extraction du siège qui se termine par une craniotomie sur tête dernière. Observation n° 124 de février 1930.

Une fois : *l'enfant étant mort au cours du travail*, la malade n'ayant pas été surveillée pendant sa grossesse à la consultation prénatale et ayant été amenée seulement au cours de

son accouchement pour traiter une dystocie non prévue. Observation n° 993 d'octobre 1931.

Une fois : *Après échec d'une application de forceps* chez une femme non surveillée à la consultation prénatale et venue seulement au cours du travail. Observation n° 1358 de décembre 1930.

Donc, si nous résumons et classons ces quatre dernières interventions, nous constatons que l'embryotomie a été pratiquée trois fois l'enfant étant mort soit avant, soit au cours du travail. Une fois seulement il s'est agi d'une embryotomie véritable après échec d'une application de forceps. Nous allons pousser plus avant l'analyse de cette dernière observation (n° 1358, décembre 1930).

Il s'agit d'une femme non surveillée au cours de sa grossesse et qui est amenée dans le service trente-six heures après le début du travail. A son entrée l'examen permet de constater que les douleurs sont régulières, que la tête est amorcée en O. I. G., que le col est dilaté à cinq centimètres et que les bruits du cœur fœtal sont normalement perçus.

Dans ces conditions on décide tout naturellement de prolonger l'épreuve du travail, car le début d'adaptation de la tête autorise à espérer un accouchement par les voies naturelles. Mais après quelques heures de contractions irrégulières l'enfant présente des signes de souffrances tandis que la température de la mère qui était de trente-huit à l'entrée, monte en quelques heures à trente-neuf.

Que faire dans de semblables conditions?... Cette température constatée chez une malade touchée à de nombreuses reprises à domicile induit à suspecter légitimement un début d'infection amniotique. Les modifications des bruits du cœur fœtal montrent à ce moment que la vie de l'enfant est déjà très compromise. Dans de pareilles conditions, et la tête étant amorcée il a paru sage de renoncer à toute intervention chirurgicale et de tenter d'avoir un enfant vivant au moyen d'une extraction rapide par les voies naturelles.

C'est alors que contrairement au pronostic relativement favorable que l'on avait porté, l'application de forceps après dilatation manuelle du col échoue. Les bruits du cœur fœtal devenant irréguliers on est conduit à pratiquer une craniotomie.

Nous voyons donc que si nous nous rapportons au nombre d'observations recueillies la fréquence des embryotomies est actuellement dans le traitement des viciations pelviennes très fortement réduite.

Cette diminution paraît encore plus nette si nous n'envisageons que les embryotomies après échec d'une tentative d'extraction (un cas dans la deuxième période, contre quatre dans la première).

Il n'en reste pas moins cependant qu'actuellement où l'organisation des services hospitaliers est devenue presque parfaite, et où en tous cas une intervention chirurgicale peut être immédiatement pratiquée à

n'importe quel moment, nous relevons une embryotomie après échec d'une application de forceps, laquelle embryotomie doit être légitimement classée sous la dénomination d'embryotomie sur enfant vivant. En effet dans notre observation si l'embryotomie n'a été pratiquée qu'après la mort de l'enfant, cette mort est survenue au cours de l'infructueuse application de forceps.

Il est bien entendu qu'il s'agit là de cas exceptionnels puisque nous n'en relevons qu'un seul en trois ans et sur quatre mille accouchements. Toutefois, de pareils faits existent cependant, et si leur disparition complète est éminemment souhaitable il demeure probable qu'elle ne sera pas réalisée de si tôt. En effet si cette diminution considérable des embryotomies que nous avons constatée est due d'une part à la multiplication des consultations prénatales, d'autre part et pour une grande part à la combinaison heureuse des méthodes chirurgicales curatives avec les méthodes prophylactiques qui donnent de si bons résultats dans les viciations pelviennes, des femmes malgré tout cela échappent à toutes surveillances pendant leur grossesse. Elles nous sont amenées ayant subi à domicile, dans des conditions souvent défavorables, de nombreux touchers et quelquefois des interventions. Elles sont en état de surmenage obstétrical, les bruits du cœur foetal sont souvent irréguliers et faiblement perçus. Quelle conduite alors tenir en dehors de l'embryotomie lorsqu'une application de forceps pratiquée à la clinique dans de bonnes conditions matérielles ne permet pas d'extraire l'enfant.

En conclusion de notre travail nous dirons que le nombre des embryotomies comme traitement des viciations pelviennes est considérablement diminué, que les embryotomies sur enfant vivant sont devenues absolument exceptionnelles, mais qu'il est cependant des cas où cette intervention brutale théoriquement rejetée par tous, reste pratiquement le seul moyen de terminer l'accouchement, en ménageant au mieux les intérêts de la mère. Et ceci malheureusement au prix de la vie d'un enfant qui d'ailleurs se trouve toujours dans ces cas extrêmement compromise. Comme preuve immédiate de cette dernière vérité nous voyons dans notre observation unique (décembre 1930, n° 1358) que c'est en raison de la souffrance de l'enfant que l'application de forceps a été décidée.

v

Conclusions

I. — Nous avons recueilli, au cours des trois dernières années, tous les cas d'embryotomies pratiquées chez des femmes présentant un rétrécissement du bassin, observées à la Clinique Obstétricale ; soit au total quatre observations.

II. — A titre de comparaison, nous avons recherché les cas analogues observés vingt ans plus tôt, pendant le même laps de temps et dans le même service. Au cours des années 1910, 1911 et 1912, nous avons trouvé huit observations.

III. — En confrontant ces deux groupes de faits et en les analysant on peut tirer quelques notions intéressantes de leur comparaison :

a) Le nombre des embryotomies rapporté au nombre total d'accouchements a diminué, en vingt ans, de plus de moitié.

b) Cette diminution est due au dépistage plus facile des viciations pelviennes, grâce à l'organisation bien meilleure des consultations prénatales et à l'assiduité beaucoup plus grande des femmes enceintes. Elle est due aussi à l'introduction des méthodes chirurgicales curatives dans la thérapeutique des viciations pelviennes.

c) Non seulement le nombre des embryotomies chez des femmes présentant un rétrécissement du bassin a diminué de façon absolue, mais encore nous voyons que cette opération n'est presque plus pratiquée que sur enfant mort, soit avant tout début de travail, soit au cours de celui-ci, avant toute intervention.

d) Nous relevons toutefois, au cours des trois dernières années, une observation d'embryotomie après échec d'une application de forceps, l'enfant étant mort au cours de cette première intervention. Il s'agissait d'une malade non surveillée à la Clinique pendant sa grossesse et qui fut amenée dans le service quarante-huit heures après le début du travail à cause de la dystocie. En pareil cas, la femme étant fortement suspecte d'infection et l'enfant se trouvant fortement compromis, l'embryotomie après une tentative correcte et prudente d'extraction par les voies naturelles paraît la conduite la plus logique. De pareils faits sont heureusement devenus exceptionnels. Ils disparaîtront seulement lorsque toutes les femmes sans exception se seront soumises à des examens réguliers au cours de leur gestation.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
VORON.

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 16 Mars 1933.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE.

TABLE DES MATIÈRES

I. — Propos liminaires	9
II. — Huit observations d'embryotomie recueillies au cours des années 1910, 1911, 1912.....	15
III. — Quatre observations d'embryotomie recueillies au cours des années 1930, 1931, 1932.....	31
IV. — Synthèse des observations	41
V. — Conclusions	51



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

oo oo IMPRIMEURS - ÉDITEURS oo oo

oo 42, QUAI GAILLETON, 42 oo

oo oo oo oo LYON oo oo oo oo



